Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-de-Coaticook

GMF DES FRONTIÈRES
MÉDECINE FAMILIALE

ORDONNANCE COLLECTIVE

INITIER UNE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE.		***CODE DE CLASSIFICATION*** OC-ARRÊTTABAGIQUECOA012009
RÉF. À UN PROTOCOLE : OUI ☐ NON ☒ **TITRE :**	***DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :***	***DATE DE RÉVISION PRÉVUE***

Professionnels visés par l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) :

LES INFIRMIÈRES HABILITÉES QUI POSSÈDENT LA FORMATION EN ARRÊT TABAGIQUE, LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES ET QUI TRAVAILLENT DANS LES SECTEURS SUIVANTS :

- GMF DES FRONTIÈRES
- INFIRMIÈRES AU PROGRAMME DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES ET AU CENTRE D'ABANDON TABAGIQUE (CAT) DU CSSS

LES PHARMACIENS COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION DE COATICOOK (BRUNET, JEAN-COUTU ET UNIPRIX)

Groupe de personnes visées ou situation clinique visée :

- LES PERSONNES QUI DÉSIRENT CESSER L'USAGE DE LA CIGARETTE À L'AIDE D'UNE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE NICOTINE

Activités réservées de l'infirmière :

- ÉVALUER LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE;
- INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SELON UNE ORDONNANCE;
- ADMINISTRER ET AJUSTER DES MÉDICAMENTS OU D'AUTRES SUBSTANCES, LORSQU'ILS FONT L'OBJET D'UNE ORDONNANCE.

Activités réservées du pharmacien :

- AJUSTER SELON UNE ORDONNANCE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE ;
- SURVEILLER LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE.

Indication :

- TOUT USAGER ADULTE INSCRIT AU GMF OU SUIVI DANS LE PROGRAMME DE GESTION DES MALADIES CHRONIQUES OU AU CENTRE D'ABANDON TABAGIQUE ET DÉSIRANT CESSER L'USAGE DE TABAC ET QUI DÉSIRE UNE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE.

Conditions :

LE PERSONNEL SOIGNANT DOIT :

- POSSÉDER LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES, LES COMPÉTENCES REQUISES ET LE JUGEMENT CLINIQUE.
- ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AVANT D'APPLIQUER UNE ORDONNANCE COLLECTIVE.
- CONNAÎTRE LES RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ.
- POUVOIR SE RÉFÉRER AU MÉDECIN TRAITANT QUANT AU SUIVI DE L'USAGER ET AU MÉDECIN RÉPONDANT QUANT AU CONTENU SCIENTIFIQUE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE.

Intention thérapeutique :

VISE À SUPPORTER L'USAGER DANS SA DÉMARCHE DE CESSATION TABAGIQUE EN :

- INTRODUISANT LA THÉRAPIE SOIT EN TIMBRE OU EN GOMME AU CHOIX DE L'USAGER;
- INITIANT LE TRAITEMENT SELON LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR;
- RÉAJUSTANT EN COURS DE TRAITEMENT, SELON LE NOMBRE DE SEMAINES SANS TABAC.

Objectif visé :

- RÉPONDRE À L'USAGER LORSQU'IL EST MOBILISÉ, MOTIVÉ À CESSER LE TABAC.

Contre-indications :

- ALLERGIE AUX DIACHYLONS (POUR LES TIMBRES)
- MALADIE BUCCO-DENTAIRE SÉVÈRE (POUR LES GOMMES)
- ANGINE INSTABLE OU SÉVÈRE*
- ARYTHMIE SÉVÈRE*
- ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL AU COURS DES 2 SEMAINES PRÉCÉDENTES
- MALADIE CUTANÉE GÉNÉRALISÉE (POUR LES TIMBRES)
- INFARCTUS DU MYOCARDE AU COURS DES 2 SEMAINES PRÉCÉDENTES
- GROSSESSE OU ALLAITEMENT
- MOINS DE 18 ANS

**SELON JUGEMENT CLINIQUE. REF : AM J CARDIOL 2005; 95; 076-978, MEINE TJ ET AL, SAFETY AND EFFECTIVENESS OF TRANSDERMAL NICOTINE PATCH IN SMOKERS ADMITTED WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES*

.

Limites / Orientation vers le médecin :

- USAGER PRÉSENTANT UNE CONTRE-INDICATION,
- USAGER PRÉSENTANT DES EFFETS SECONDAIRES À LA THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE NICOTINE (ÉRUPTION CUTANÉE, DOULEURS THORACIQUES, ETC.),
- USAGER DÉSIRANT UN TRAITEMENT PAR VOIE ORALE AUTRE QUE LA GOMME OU LE TIMBRE DE NICOTINE (ZYBAN, CHAMPIX OU AUTRES)

Directives GMF:

- VÉRIFIER QUE L'USAGER EST INSCRIT AU GMF, AVEC L'ACCORD DU MÉDECIN TRAITANT PROCÉDER À L'INSCRIPTION;
- SI CLIENTÈLE ORPHELINE, RÉFÉRER AU CENTRE D'ABANDON TABAGIQUE (CAT) DU CSSS EN PASSANT PAR LE GUICHET UNIQUE EN COMPLÉTANT UNE DEMANDE DE SERVICES;
- SI L'USAGER DÉSIRE UN SOUTIEN COMPORTEMENTAL, LE RÉFÉRER AU CENTRE D'ABANDON TABAGIQUE (CAT) DU CSSS EN PASSANT PAR LE GUICHET UNIQUE EN COMPLÉTANT UNE DEMANDE DE SERVICES[1];
- ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ, LA MOTIVATION À CESSER DE FUMER ET LES MOYENS NÉCESSAIRES POUR Y PARVENIR;
- SI LA THÉRAPIE DE REMPLACEMENT EST INDIQUÉE, VÉRIFIER QUELLE MÉTHODE L'USAGER A CHOISI D'UTILISER SELON SA CONSOMMATION DE TABAC, LUI FOURNIR LES INFORMATIONS ET RÉFÉRENCES PERTINENTES AFIN D'ÉCLAIRER SA DÉCISION;
  - ✓ DONNER DE L'INFORMATION SUR L'UTILISATION DE LA MÉTHODE CHOISIE :
    - EFFICACITÉ
    - EFFETS SECONDAIRES
    - MODES D'ADMINISTRATION
- REMETTRE LE FORMULAIRE DE LIAISON INFIRMIÈRE-PHARMACIEN APPROPRIÉ;
- INVITER L'USAGER ÀCONSULTER LE CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME.

NOTE : MÊME SI L'ORDONNANCE COLLECTIVE N'AUTORISE PAS L'INFIRMIÈRE À RECOURIR AU ZYBAN OU AU CHAMPIX, CETTE DERNIÈRE DEVRAIT AVOIR UNE CONNAISSANCE DE BASE SUR CES MÉDICAMENTS AFIN D'ASSISTER L'USAGER DANS SON PROCESSUS D'ARRÊT TABAGIQUE.

NOTE : LE PHARMACIEN REÇOIT LA FICHE DE LIAISON DE L'INFIRMIÈRE ET REMET L'ORDONNANCE À L'USAGER. LE PHARMACIEN PEUT AJUSTER LA POSOLOGIE DU TRAITEMENT SELON L'ORDONNANCE COLLECTIVE.

- S'ASSURER QUE L'USAGER A EU LE COUNSELLING DU CENTRE D'ARRÊT TABAGIQUE DANS LA MESURE OU IL LE DÉSIRE.

[1] Si l'usager désire un soutien du CAT, il est préférable de ne pas débuter la thérapie de remplacement avant d'être pris en charge par le CAT.

Directives infirmière CAT:

- Référer au « Guide d'intervention clinique – Thématique : Tabac » de la Direction de la santé publique de l'Estrie – Oct. 2004 (présentement en processus de révision – nouvelle version prévue février 2009);
- Compléter la collecte de donnée « Questionnaire maladies chroniques » incluant la partie I : Tabagisme.
- Remettre le formulaire de liaison infirmière-pharmacien approprié;
- Céduler les rencontres de suivi.

<u>Mode d'emploi des différentes méthodes</u> :

1ère option : Timbre de nicotine

- Le timbre doit être appliqué au réveil, sur une zone sans poil entre le cou et la taille;
- Les patients qui ont de la difficulté à dormir peuvent enlever le timbre avant le coucher et en mettre un nouveau au réveil;
- En cas d'éruption cutanée au site de l'application, s'assurer que le patient change de site d'application à chaque jour; si l'éruption persiste après 48 heures, consulter un médecin (qui pourra suggérer l'usage topique de Flovent avant l'application du timbre).

POSOLOGIE

- **Fumeurs de ≥ 10 cigarettes/ jour**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Habitrol Ou Nicoderm	21 mg / 24 heures 14 mg / 24 heures 7 mg / 24 heures	4 à 6 semaines 4 semaines 2 à 4 semaines Total : 12 semaines

- **Fumeurs de < 10 cigarettes/ jour**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Habitrol Ou Nicoderm	14 mg / 24 heures 7 mg / 24 heures	8 semaines 4 semaines

2ème option : Gomme de nicotine

- LA GOMME DOIT ÊTRE MASTIQUÉE DEUX À TROIS FOIS PUIS PLACÉE ENTRE LA JOUE ET LA GENCIVE PENDANT UNE MINUTE AFIN DE FAVORISER L'ABSORPTION DE LA NICOTINE AU NIVEAU DE LA MUQUEUSE BUCCALE. CECI DOIT ÊTRE RÉPÉTÉ PENDANT 30 MINUTES. IL FAUT ÉVITER DE BOIRE OU DE MANGER 15 MINUTES AVANT ET PENDANT LA PRISE DE LA GOMME AFIN DE NE PAS NUIRE À L'ABSORPTION DE LA NICOTINE.

POSOLOGIE

- **Fumeurs de ≥ 25 cigarettes/ jour**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Nicorette plus (4 mg)	1 gomme q 1-2 heures au besoin Maximum : 24 gommes / jour	12 semaines Maximum : 840 gommes

- **Fumeurs de < 25 cigarettes/ jour**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Nicorette (2 mg)	1 gomme q 1-2 heures au besoin Maximum : 24 gommes / jour	12 semaines Maximum : 840 gommes

3ème option : Association timbre et gomme de nicotine

Personnes incapables de cesser avec un seul produit

POSOLOGIE

- **Utilisation simultanée**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Habitrol ou Nicoderm Et, au besoin	21 mg / 24 heures 14 mg / 24 heures 7 mg / 24 heures	4 semaines 3 semaines 2 semaines
Nicorette (2 mg)	1 gomme au besoin	Maximum : 210 gommes

- **Utilisation consécutive**

Marque de commerce	Traitement	Durée du traitement
Habitrol ou Nicoderm Suivi de	21 mg / 24 heures 14 mg / 24 heures 7 mg / 24 heures	4 semaines 3 semaines 2 semaines
Nicorette (2 mg), au besoin	1 gomme au besoin	3 semaines Maximum : 210 gommes

- Autre option : Inhalateur de nicotine Nicorette (disponible sans ordonnance)*

*Au moment de l'approbation de l'ordonnance collective le régime public de l'assurance médicament reconnaît l'utilisation de la gomme Thrive mais pas les pastilles de la même marque. Il existe également un inhalateur de Nicorette mais comme son usage est peu répandu et non couvert par tous les plans d'assurance médicaments il ne fait pas l'objet de l'ordonnance collective.

Référence aux méthodes de soins :

- Installation de timbres cutanés

Ligne et site web de soutien : Je parle à un spécialiste au bout du fil à la ligne J'Arrête : 1-866-527-7383 lundi au vendredi 8h à 21h

www.jarrete.qc.ca

Références :

- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC(2006). *COUNSELLING EN ABANDON DU TABAC ORIENTATIONS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE*. MONTRÉAL : OIIQ.
- INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL. PROTOCOLE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE POUR TOUS LES PATIENTS HOSPITALISÉS, 2005.
- GUIDE D'INTERVENTION CLINIQUE – THÉMATIQUE : TABAC DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE, OCT. 2004.

Formulaire liaison infirmière-pharmacien :

Arrêt tabagique (timbre)
Arrêt tabagique (gomme)
Arrêt tabagique (association timbre et gomme)

Appendices :

Appendice 1	Collecte de données
Appendice 2	Signatures des médecins et noms des pharmacies
Appendice 3	Lettre de la DSI du CSSS de la MRC-de-Coaticook aux pharmacies- Noms des infirmières autorisées à utiliser cette ordonnance collective

MÉDECIN RÉPONDANT

DOCTEURE PATRICIA LANDRY

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigée par : Manon Paré, inf. clinicienne
Colette Madore inf. clinicienne
Louis Corbeil, inf. clinicien

Personnes consultées :
Dre Patricia Landry, md répondant et md responsable du GMF
M. Comtois et Mme Duval, pharmacie Grondin & Duval
Carine Fortin, inf. clinicienne
Louise Éthier, inf. CAT

Validée par :

JEANNE DION — 4 DÉCEMBRE 2008

Directrice des soins infirmiers — Date

PROCESSUS D'APPROBATION

APPROUVÉE PAR : COMITÉ DE GESTION DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK

PIERRE-ANDRÉ RAINVILLE — 13 JANVIER 2009

DIRECTEUR GÉNÉRAL — DATE

APPROUVÉE PAR : RÉSOLUTION DU CMDP DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK

DR BERNARD FRENETTE — 14 JANVIER 2009

PRÉSIDENT DU CMDP — DATE

APPROUVÉE PAR : CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK

1088-09 — 27 JANVIER 2009

RÉSOLUTION DU CA — DATE

APPENDICE 1

COLLECTE DE DONNÉES (PAGE SUIVANTE)

Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-de-Coaticook

COLLECTE DE DONNÉES – TABAGISME
INFIRMIÈRE

Dossier CHUS : _____ Dossier CSSS : _____

Date de naissance : _____

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. Rés. : _____ Tél. Travail. : _____

Personne à contacter si urgence : _____

Tél. : _____

TENTATIVE D'ABANDON

Avez-vous déjà cessé de fumer? ☐ Non ☐ Oui Quand _____

Date	Méthode	Difficulté	Raisons/rechute

SAVOIR, VOULOIR ABANDONNER LA CIGARETTE

Quand désirez-vous arrêter de fumer (maintenant, d'ici 6 mois, plus de 6 mois)? _____

Pourquoi à ce moment? _____

_____

Croyez-vous que cesser de fumer est un changement qui vous procurera des avantages importants (santé, social, autres)?

Préciser : _____

Échelle de conviction de 0 à 10 : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Préciser : _____

Croyez-vous que vous êtes capable de cesser définitivement de fumer cette fois-ci ? _____

Échelle de confiance de 0 à 10 : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Préciser : _____

POUVOIR CESSER DE FUMER

Avez-vous choisi une méthode pour abandonner la cigarette? ☐ Non ☐ Oui, laquelle : _____

Si oui, savez-vous comment l'utiliser? ☐ Non ☐ Oui _____

Si non, aimeriez-vous que je vous guide dans le choix d'une méthode? ☐ Non ☐ Oui

Est-ce que vous vivez avec une personne fumeuse ? ☐ Non ☐ Oui

Y a-t-il des personnes fumeuses dans votre entourage? ☐ Non ☐ Oui _____

Que pense votre entourage de votre décision de cesser le tabac? _____

L'opinion de votre entourage vous influence-t-elle? ☐ Non ☐ Oui _____

Y a-t-il des personnes qui pourraient vous nuire ou vous soutenir dans votre démarche de cessation tabagique? ☐ Non ☐ Oui

_____

Avez-vous quelque chose à ajouter qui me permettrait de mieux vous soutenir dans votre démarche ? _____

_____

Évaluation complétée avec : ☐ Personne seule ☐ Autre : _____ ☐ Entrevue téléphonique ☐ Entrevue directe

Signature	Nom en caractère d'imprime	Date